

AVISO DE ALTERAÇÃO DO FOOD STAMP

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Data do aviso: _____

Nome do caso: _____

Número: _____

Nome do funcionário: _____

Número: _____

Telefone: _____

Endereço: _____

(ADDRESSEE)

Se você tiver dúvidas ou desejar obter mais informações sobre esta ação, entre em contato com o seu funcionário.

Audiência estadual: Você pode solicitar uma audiência se acha que a ação está errada. O verso desta página informa como solicitar uma audiência. Seus benefícios não poderão ser alterados se você solicitar uma audiência antes de esta ação ocorrer.

ALTERAÇÃO DOS BENEFÍCIOS

A partir de _____, seus benefícios do food stamp serão alterados de \$ _____ para \$ _____ ao mês, porque:

_____ é um não cidadão legal inelegível.

TÉRMINO

A partir de _____, seus benefícios do food stamp serão terminados, porque:

Não existem não cidadãos legais elegíveis na sua residência.

Se você ou qualquer outro não cidadão legal da sua residência não forem elegíveis porque você não possui trimestres de trabalho suficientes, você poderá receber o food stamp por mais seis meses. Para receber o food stamp por até seis meses, entre em contato com a Administração de Identificação Nacional (social security) e peça que verifiquem seus trimestres de trabalho (ou do seu cônjuge ou pais), obtenha uma prova de que essa verificação está sendo feita e entregue-a ao condado.

Regras: Estas regras se aplicam à(s) ação(ões) acima:

Analise-as no seu escritório de assistência social.

SEUS DIREITOS EM RELAÇÃO A AUDIÊNCIAS

Você tem o direito de solicitar uma audiência se discordar de qualquer ação do condado. Você tem apenas 90 dias para solicitar uma audiência. O período de 90 dias teve início no dia seguinte ao da entrega ou postagem deste aviso.

Se você solicitar uma audiência antes que ocorra uma ação sobre Auxílio em Dinheiro, benefícios médicos, Food Stamp ou assistência infantil:

- Seu Auxílio em Dinheiro ou seus benefícios médicos permanecerão inalterados até a audiência.
- Seus serviços de assistência infantil podem permanecer inalterados até a audiência.
- Seus Food Stamps permanecerão inalterados até a audiência ou até o término do período de sua certificação, o que ocorrer antes.

Se a decisão da audiência nos der razão, você nos deverá qualquer Auxílio em Dinheiro, Food Stamp ou serviços de assistência infantil extras que tiver recebido.

Para nos permitir reduzir ou interromper seus benefícios antes da audiência, assinale abaixo: Sim, reduzir ou interromper:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Assistência infantil

Enquanto você aguarda a decisão de uma audiência para:

Assistência Social para o Trabalho:

Você não precisa participar das atividades.

Você pode receber pagamentos de assistência infantil devido a emprego e a atividades aprovadas pelo condado antes deste aviso.

Se tivermos informado a você que outros serviços de assistência serão suspensos, você não receberá nenhum pagamento, mesmo que exerça sua atividade.

Se tivermos informado a você que pagaremos seus outros serviços de assistência, eles serão pagos no valor e do modo informado neste aviso.

- Para obter esses serviços de assistência, você deve exercer a atividade que o condado recomendou.
- Se o valor dos serviços de assistência pago pelo condado enquanto você aguarda a decisão de uma audiência não for suficiente para permitir sua participação, você poderá deixar de exercer a atividade.

Cal-Learn (programa de educação para pais adolescentes):

- Você não poderá participar do Programa Cal-Learn se tivermos informado que não podemos atendê-lo.
- Só pagaremos serviços de assistência do Cal -Learn por uma atividade aprovada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

Membros de planos de assistência Medi-Cal administrada: A ação de que trata este aviso pode interromper a obtenção de serviços de seu plano de assistência médica administrada. Se tiver dúvidas, convém entrar em contato com os serviços de seu plano de saúde.

Assistência infantil e/ou médica: A agência local de assistência infantil ajudará a obter assistência sem custo, mesmo que você não receba auxílio em dinheiro. Se for obtida essa assistência, isso será mantido a menos que você peça por escrito a interrupção. O auxílio financeiro atual será enviado a você, mas será retido o valor vencido que for devido ao condado.

Planejamento familiar: O escritório de assistência social fornecerá informações quando solicitadas.

Pauta de audiência: Se você solicitar uma audiência, a Divisão de Audiências Públicas organizará uma pauta. Você tem o direito de ver essa pauta antes de sua audiência e de obter, com antecedência de pelo menos dois dias, uma cópia da posição do condado sobre seu caso. O estado pode fornecer a pauta de sua audiência ao Departamento de Assistência Social e aos Departamentos de Saúde, Assistência Social e Agricultura dos EUA. **(Seções 10850 e 10950 do Código W&I.)**

PARA SOLICITAR UMA AUDIÊNCIA:

- Preencha esta página.
- Faça uma cópia da frente e do verso desta página, para seu arquivo. Se você solicitar, o funcionário lhe fornecerá uma cópia desta página.
- Envie ou leve esta página para:

OU

- Ligue gratuitamente para: 1-800-952-5253 ou, para portadores de deficiência de audição ou fala que usam TDD (telecomunicações para deficientes auditivos), 1-800-952-8349.

Para obter ajuda: Você pode se informar sobre seus direitos relativos à audiência ou solicitar orientação sobre assistência jurídica nos números de telefone gratuitos listados acima. Você pode obter assistência jurídica gratuita no escritório local de auxílio jurídico ou de direitos sociais.

Se não quiser comparecer à audiência sozinho, pode levar um amigo ou outra pessoa com você.

SOLICITAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Desejo uma audiência devido a uma ação do Departamento de Assistência Social do condado de _____ a respeito de meu:

Auxílio em Dinheiro Food Stamp Benefício médico

Outro (listar) _____

Eis a razão: _____

Se precisar de mais espaço, assinale aqui e adicione uma página.

Preciso que o estado me forneça um intérprete, sem custo. (Um parente ou amigo não poder atuar como intérprete em uma audiência.)

Meu idioma ou dialeto é: _____

NOME DA PESSOA CUJOS BENEFÍCIOS FORAM RECUSADOS, ALTERADOS OU SUSPENSOS

DATA DE NASCIMENTO

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

ASSINATURA

DATA

NOME DA PESSOA QUE PREENCHEU ESTE FORMULÁRIO

TELEFONE

Desejo que a pessoa nomeada abaixo me represente nesta audiência. Dou permissão para que essa pessoa veja meus registros ou compareça à audiência em meu lugar. (Essa pessoa pode ser um amigo ou parente, mas não pode atuar como intérprete para você.)

NOME

TELEFONE

ENDEREÇO

CIDADE

ESTADO

CÓDIGO POSTAL